

УДК 614.253.1:614.255.1

Х.У. Васкес Абанто

Отделение неотложной медицинской помощи центральной районной поликлиники Оболонского района,
г. Киев

КАКУЮ СИСТЕМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВЫБЕРЕТ УКРАИНА?

Мощная система Семашко бесспорно давно стала неактуальной для стран бывшего Советского Союза при современных социально-экономических условиях. Бесплатное медицинское обслуживание всего населения «от мала до велика», гарантированное государством, действительно работало, хотя знаем, что здравоохранение часто недофинансировалось. Времена изменились и система здравоохранения Семашко, как и другие в мире, во многом стали неактуальными. Обсуждать и дискутировать на предмет качества, уровня и другого составляющего той или иной системы не является сегодня нашей целью. Цель данной статьи - извлекать уроки существующих ранее и сегодня систем здравоохранения в мире, а также оценить нынешние процессы реформирования отрасли, где ведущее значение имеют усилия ВОЗ. Потому в работе освещены основные, по нашему мнению, моменты деятельности этой организации в данном направлении.

Ключевые слова: медицина, система здравоохранения, здоровье населения, ВОЗ, реформирование здравоохранения.

С целью изучения и совершенствования медицинской помощи населению ученые неоднократно предпринимали попытки сравнительного анализа систем здравоохранения в разных странах [9,10]. Существующие в мире системы здравоохранения в основном специалистами условно подразделяются на четыре типа. Три из них именные (имена создателей базовых моделей): немецкого канцлера Отто фон Бисмарка, советского наркома Николая Семашко, известного английского экономиста барона Уильяма Бевериджа. Четвертая модель – рыночная, американская.

Система Отто Фон Бисмарка – система государственного (регулируемого) обязательного медицинского страхования [17]. Впервые ее внедрил канцлер Отто фон Бисмарк: в 1883 году введена система обязательного страхования по болезни, в 1884г. – от несчастных случаев на производстве, в 1885г. – по инвалидности и старости.

Суть системы Бисмарка состоит в том, что все работающие вносят деньги в общую (так называемую больничную) кассу, а из нее оплачивается лечение и содержание пациентов. Для этой системы характерны: децентрализованное финансирование; возможность выбора фондов медицинского страхования населением и работодателями; наличие конкуренции между фондами и службами; большое внимание со стороны фондов по контролю за качеством и расходами; разделение государственных, финансирующих органов и поставщиков служб; широкие разновидности обеспечения мер по привлечению клиентов.

В настоящее время система здравоохранения Германии основывается на хорошо структурированной системе медицинского страхования, состоящей из государственного обязательного страхования (Gesetzliche Krankenversicherung) и частных страховых фондов (Private Krankenversicherung). Государственное обязательное страхование (ГОС) охватывает до 92% населения страны, в то время как частную страховку имеют примерно 7-8% жителей. 1-2% – это представители профессий, подлежащих особому виду страхования, либо лица, вообще не имеющие страховки.

Система Н.А.Семашко (рис.1) появилась в первые годы Советской власти, как модель государственного (бюджетного) финансирования. Система Семашко отличалась колоссальными затратами, но и величайшими достижениями, особенно заметными во время Великой Отечественной войны в 1941-1945 гг.

По мнению руководителей народного комиссариата здравоохранения (прототип нынешнего министерства здравоохранения), новой на то время Советской власти система Семашко должна была решить вопрос «о принципиальной недопустимости и практической нецелесообразности параллельного существования при диктатуре пролетариата двух медциин – страховой и государственной» [17].

Для справки, первая медицинская система Российской (Романовской) империи в виде больничных касс возникла в конце XIX века. В 1912 году законом Государственной думы было введено обязательное страхование рабочих. Больничные кассы были узаконены декретом от 16 ноября 1917 года (и существовала до февраля 1919 года), в их распоряжение передавались все лечебные учреждения (больницы, дома для умалишенных, богадельни). Расходы по их содержанию брали на себя предприниматели, а рабочие и члены их семей пользовались медицинской помощью бесплатно. Больничные кассы имели право наказывать руководителей денежным начетом, если рабочий заболел в результате их халатных действий.

Системой Семашко Н.А. была выстроена стройная система медицинских учреждений, которая обеспечивала единые принципы здравоохранения для всего населения, от далеких аулов до столичных городов: фельдшерско-акушерский пункт – сельские участковые больницы – участковая поликлиника – районная больница – городская больница – областная больница – специализированные институты. Однако, несмотря на все усилия Н.А.Семашко, включить всю медицину в единую систему не удалось. Свои медицинские учреждения сохранили армия, номенклатурная элита, железнодорожники, шахтеры и многие другие ведомства.

Доступность здравоохранения обеспечивалась тем, что медицинское обслуживание было бесплатным, все граждане прикреплялись к участковым поликлиникам по месту жительства и в зависимости от сложности заболевания могли направляться на лечение все выше и выше по ступеням пирамиды здравоохранения.

С учетом первоочередной важности и приоритетности социальной политики того времени эта система хронически недофинансировалась. Главным экономическим показателем оставалось количество больничных коек. В Советской Украине накануне распада СССР этот показатель превышал 600 тысяч коек – больше, чем в таких странах, как ФРГ или Франция. Количество врачей в Украине того периода – порядка 170 тысяч.

Сегодня в странах бывшего советского пространства, в частности в Украине, реформирование системы здравоохранения проходит на фоне особенностей экономических и политических преобразований региона и необходимости в глобализации международных отношений. Остается в силе вопрос о том, что внедрение всеобщей доступности медицинской помощи путем покрытия затрат на здравоохранение незащищенных слоев населения, а именно детей, студентов, пенсионеров, безработных, инвалидов, лиц на действительной срочной службе, эмигрантов, должно взять на себя государство.

Реальная деятельность сегодняшних лечебно-профилактических учреждений, (ЛПУ), а именно платные услуги, благотворительность «добровольно-принудительно», необоснованные вызова, дублирование ролей и т.п. подсказывает, что необходимо перевести эту форму с деятельности отдельных сотрудников на деятельность системы, юридически узаконенной [17]. Нужна прозрачность и открытость в медицинской деятельности, показать то, что на самом деле нужно и можно на современном этапе – иначе остаются открытыми двери для коррупции.

Система Уильяма Бевеиджа, английская модель национальной системы здравоохранения – система государственного (бюджетного) финансирования, по мнению аналитиков во многом опирающаяся на советский опыт. Эта модель сформировалась в 1948 году благодаря усилиям британского министра здравоохранения, лидера левого крыла лейбористов Эньюрина Бивена (Aneurin Bevan). Многие западные эксперты приводят эту модель в качестве примера «высочайшего качества организации и общедоступности медицинской помощи для населения страны». Результатом реализации программы под названием «С пеленок и до могилы» («From cradle to grave») стало формирование Национальной службы здравоохранения (National Health Service, NHS) с полным государственным финансированием. Больницы национализированы, семейные врачи сохранили независимость, граждане – право выбора врача.

Система Уильяма Бевеиджа включает: централизованное планирование; прямое налогообложение для финансирования; профессиональный менеджмент, контроль качества – частично государством, а частично – профессиональными органами; региональное планирование; существенный экономический ресурс; низкая оплата труда профессиональных работников; низкие административные расходы.

В настоящее время в Англии существуют и различные виды негосударственных медицинских учреждений. Например, достаточно широко распространены частные практики врачей широкого профиля, параллельно работающих в NHS. Однако ответственность за здоровье граждан Соединенного Королевства лежит на NHS.

Американская система (частного) медицинского страхования – платная (рыночная) система. Еще в 1986 г. в Соединенных Штатах Америки (США) был принят Акт о неотложной медицинской помощи и труде, который на государственном уровне закрепил доступ к неотложной медицинской помощи для всего населения независимо от наличия страховки.

Нуждающимся гражданам США правительство начало предоставлять две специальные программы (созданы при президенте Джонсона) – Medicaid (которая предусматривает страхование американцев из бедных семей) и Medicare (известная страховая государственная программа для лиц старше 65 лет).

Medicaid введена как государственная программа в 1966г., когда Конгресс США принял закон, реформирующий систему социального обеспечения. С тех пор каждый штат страны подает федеральному правительству план предоставления медицинских услуг группам населения, охваченным этой программой. После утверждения этого плана штаты стали использовать для финансирования медицинских услуг федеральные деньги, а также собственные доходы. В каждом штате существует своя программа Medicaid, что делает ее весьма сложной в управлении.

Medicare была внедрена в 1967г. Американская система, основанная на добровольном медицинском страховании, имеет следующие характеристики: основывается на добровольном медицинском страховании; наличие широкого диапазона медицинских учреждений для удовлетворения индивидуальных потребностей; прямой доступ к врачам-специалистам; особое внимание, уделяемое конфиденциальности лечения, вежливости обслуживания и качеству услуг. В США расходы на медицину ложатся на плечи каждого конкретного работающего человека. Финансирование американской системы основывается на занятости: 70-90% платят работодатели, тем самым лишая прав безработных. В итоге ≈ 50 млн. американцев (15% населения) не имеют страховки и лишены доступа к квалифицированной медицинской помощи, а еще для 30% медицинская помощь оказывается не в полном объеме. Нужно отметить, что страховка покрывает далеко не все, а лишь четко ограниченный перечень медицинских услуг. Туда не входят, например, услуги стоматолога, офтальмолога, педиатра и психиатра и др. Страховку по принципу «все включено» могут позволить себе только очень богатые люди. В результате серьезная травма или заболевание способны сильно подорвать бюджет семьи – медицинские счета являются причиной половины банкротств частных лиц в США [7].

Большинство медицинских страховых компаний отказываются страховать тяжело болеющих людей. Также почти никогда не оплачивается лечение заболеваний, приобретенных до оформления страховки. Страховка обычно покрывает стоимость лекарств, большинство из которых доступны только по рецепту врача.

В своем фильме 2007 года "Здравоохранение" (SiCKO) Майкл Мур (американский режиссёр-документалист) рассказывает о проблемах американской медицины и предлагает ввести в этой сфере государственную систему, построенную по принципу "единого плательщика". Мур сравнивает американскую систему здравоохранения с канадской, британской и французской и делает выводы в пользу последних. Экономист и обозреватель New York Times Пол Кругман также считает, что здравоохранение во Франции, Британии и Канаде организовано лучше, чем в США. А организация "Врачи за государственную программу здравоохранения" отмечает: Америка – "единственная из промышленно развитых стран, где медицинская помощь населению не находится под управлением государства".

Реформа, которая проводится в настоящее время в США предусматривает переход на обязательное страхование, по сути приближаясь к системе Бисмарка [17].

Времена изменились и не только система здравоохранения Семашко, но и другие действующие сегодня системы в мире пересматриваются и адаптируются к современной экономике и политике стран, пытаются извлекать лучшее для нынешних потребностей общества [6,9].

В процессе реформирования систем здравоохранения в мире ведущую роль играет деятельность ВОЗ в виде интеграции опыта, целей, задач, определения приоритетов и т.д. [12]. И все же, преобладает гуманистическая направленность медицины [8], цель которой озвучил Амбруаз Паре, Ambroise Paré, (французский хирург, жил ок.1510 – 20 декабря 1590г.): если возможно – вылечить, если нет – облегчить, но всегда – утешить.

В существующих до сегодняшнего дня в мире системах здравоохранения много положительного, но их основные принципы стали достаточно не актуальными. С учетом нынешнего развития и потребностей общества, а также на основании изменений социально-экономических и политических реалий каждой страны в отдельности необходимость перемен становится очевидной. На этом фоне в мире происходит разного уровня реформирование здравоохранения, где руководящая роль Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) является не неоспоримой [1].

Исходя из целей, преследуемых проведением реформ, результатов, достигнутых (достигаемых) при их проведении, все масштабные реформы здравоохранения в мире принято делить на три «поколения» (группы, направления). Особо следует подчеркнуть, что в пространственно-временном масштабе данные реформы не имеют четко очерченных границ, а являются взаимообусловленными и взаимодополняющими [11,18].

Первое поколение, создание национальных систем здравоохранения во многих странах мира, способствовало изменению типа патологии – переходу от эпидемического типа к неэпидемическому. Это привело к ликвидации или нивелированию уровня многих инфекционных заболеваний и послужило толчком к значительному росту ожидаемой продолжительности жизни. Второе поколение реформ направлено на приоритетное развитие первичной медико-санитарной помощи. Их проведение обусловлено осознанием необходимости укрепления здоровья на фоне сформировавшегося неэпидемического типа патологии в развитых странах и на создание доступной системы медико-санитарной помощи в развивающихся государствах. При этом под «укреплением здоровья» (health promotion) понимают процесс предоставления отдельным людям и сообществам возможностей повысить контроль над факторами, определяющими здоровье, а также улучшить его [11, 14]. Именно в период реализации реформ второго поколения получает активное развитие концепция факторов, влияющих на здоровье. Третье поколение реформ поставило своей задачей совершенствование здравоохранения с позиции повышения качества и эффективности. Оно пришло с осознанием следующих фактов: затраты на развитие здравоохранения не могут быть бесконечными, они должны оцениваться с точки зрения их экономической целесообразности. Однако эффективность мер, направленных на охрану здоровья, не должна оцениваться только числом сохраненных жизней и их продолжительностью: всё большее значение приобретает качество сохраненной жизни. Проблема достижения и оценки медико-экономической эффективности – одна из главных для общественного здоровья и здравоохранения, а также экономической науки; дальнейшее продвижение в области улучшения здоровья возможно только при обеспечении доступности качественной медицинской помощи для населения при соблюдении экономической целесообразности.

Следствием данного поколения реформ стала осознанная технологизация [13] и стандартизация лечебно-профилактического процесса, процессов управления здравоохранением [11].

Ныне преобладает стремление к более широкому распространению первичного здравоохранения, что поможет системам здравоохранения стать более действенными, стабилизирующими социальными институтами.

Для создания современной системы здравоохранения страны должны обладать соответствующим материально-техническим потенциалом, позволяющим оценивать потребности в отрасли и для обеспечения медицинских услуг, иметь возможность выработки эффективной и реально осуществимой политики, а также использовать современные механизмы по обеспечению межсекторальных действий и осуществлению мер, направленных на укрепление здоровья населения. Здравоохранение (в медицинском, социальном и гуманистическом плане) является составной частью строения государства, социальной системы и политики (рис.2), а также системы национальной безопасности.



Рис. 1. Идеи, которые положены в основу системы здравоохранения, предложенной Н.А.Семашко



Рис. 2. Место здравоохранения в общественной и государственной жизни

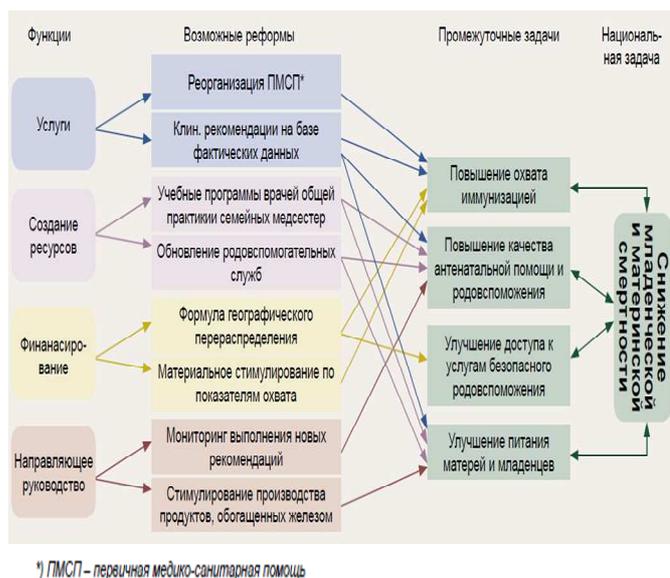
Изучение здоровья населения и влияние на него социальных факторов – важнейшая составная часть социальной медицины. Социальные факторы в медицинской практике, это: поведение, связанное со здоровьем и болезнью; взаимоотношения «общество-врач-пациент»; медицинское воздействие (больницы, врачи, лечение); жизнь с хроническими заболеваниями; конец человеческой жизни (умирание, смерть и траур). Среди этих факторов весомую роль играют взаимоотношения между участниками системы оказания медицинской помощи. Изучение этих взаимоотношений, по мнению автора, является ключевым в укреплении правового статуса медицинского сотрудника, работника здравоохранения.

ВОЗ отмечает, что: «Работники здравоохранения – это все люди, заняты в основном работой, первичная цель которой состоит в укреплении здоровья» [3], а также акцентирует внимание на то, что работники систем здравоохранения во всем мире вынуждены все чаще и чаще работать в состоянии стресса и отсутствия безопасности, поскольку им приходится реагировать на сложный комплекс сил – старых и новых (рис.3). Социальный характер системы здравоохранения связан с обеспечением социальных гарантий в охране здоровья людей, государственной поддержкой семьи, материнства, отцовства и детства, инвалидов и пожилых граждан. Гуманистический характер системы здравоохранения означает, что пациент и его право на получение адекватной медицинской помощи являются высшей ценностью системы здравоохранения.

Еще в 2005 году ВОЗ предоставила свою структурную схему для укрепления систем здравоохранения: от всеобщих целей к частным задачам [Усовершенствованные системы здравоохранения спасают жизни. – ЕРБ ВОЗ, 2005г.]. Для адаптации структурной схемы ВОЗ (рис.4) к условиям конкретных стран, было рекомендовано связать всеобщие цели с ключевыми функциями посредством промежуточных задач и конкретных реформ системы здравоохранения (всеобщей целью является улучшение состояния здоровья населения).



Рис. 3. Движущие силы: прошлое и будущее.



* ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

Рис. 4. Направления реформ, ведущих к решению задач здравоохранения

ВОЗ сводит задачи [16], стоящие перед системами здравоохранения к трем всеобщим целям: Улучшение состояния здоровья (как в отношении уровня, так и в обеспечении социальной справедливости).

Наличие хорошей системы здравоохранения способствует улучшению состояния здоровья всего населения; Отзывчивость к требованиям, предъявляемым населением. Отзывчивость системы здравоохранения к нуждам людей включает уважение достоинства пациентов, соблюдение принципов конфиденциальности и автономии, а также учет специальных потребностей и уязвимости всех групп населения; Соблюдение принципа справедливости при распределении финансовых ресурсов с обеспечением защиты от финансового риска

Среди критериев оценки отзывчивости системы здравоохранения на запросы населения, по стандартам ВОЗ не учитываются вопросы качества оказываемой медицинской помощи, требующие от респондентов специальной медицинской подготовки. В мировой практике выделяют следующие критерии оценки отзывчивости системы здравоохранения: Уважение человеческого достоинства; Конфиденциальность; Автономность хода лечения с учетом участия самого пациента; Коммуникабельность врача; Надлежащие условия; Время оказания медицинской помощи; Доступ к сети социальной поддержки; Выбор поставщика медицинской услуги.

Важная роль в выбранной системе здравоохранения любой страны, по мнению ВОЗ [16] – оценка ее деятельности (рис.5).

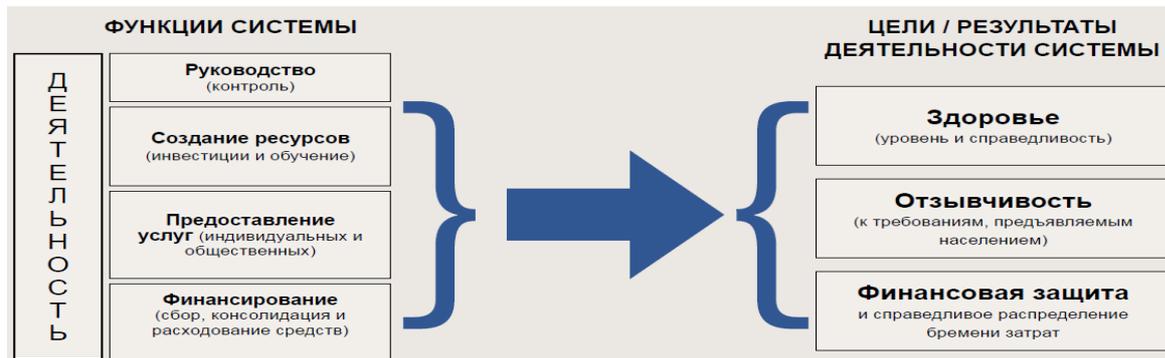


Рис. 5. Структурная схема ВОЗ для оценки деятельности системы здравоохранения: функции и цели.

Сбор данных и количественных показателей осуществляется и в той или иной степени становится достоянием общественности во всех странах, однако анализ очень часто носит фрагментарный характер и не связан с регулярными и систематическими процессами обеспечения подотчетности и управления деятельностью.

Из доклада ВОЗ о состоянии здравоохранения в Европе 2009г [16] следует, что процесс широкомасштабных реформ, осуществляемых по всему Европейскому региону в прошедшее десятилетие, был нацелен на инвестирование ресурсов в системы здравоохранения и повышение уровня их деятельности. Нынешний процесс реформирования системы здравоохранения в Европе направлен на совершенствование всех четырех функций системы здравоохранения [6]: предоставление услуг, формирование ресурсов, финансирование и стратегическое управление.

Реформы своих систем здравоохранения в разных странах Европейского региона [5,20] занимают ведущее место в их современной социальной политике. Сегодняшнее реформирование в этих странах носит различный характер в зависимости от особенностей институциональных механизмов, культурно-социальных, экономических и политических условий в этих странах [15,19].

Украина в процессах реформирования систем здравоохранения в мире не является исключением. На сегодняшний день страна уверенно, хотя медленно, укрепляет свои позиции в правовой сфере, в т.ч. и в сфере здравоохранения., несмотря на множества препятствий экономического и политического характера, что является основой для настоящих реформ.

Начатую Правительством Украины медицинскую реформу остановить нельзя. По мнению Министр Здравоохранения Украины Раиса Богатырева «систему здравоохранения нельзя оставить без изменений – это сомнений ни у кого не вызывает» [2].

Литература

1. Алексеев В.А. Всемирная Организация Здравоохранения о действующих системах национального здравоохранения / В.А. Алексеев, К.Н. Борисов, И.С. Шурандина // - Том 2 (1) - 2011 / Издательство ООО "МедНаука".
2. Богатырева Р.В. Медицинскую реформу остановить нельзя / Р.В. Богатырева // ЛВ.иа. – 13 мая 2013.
3. Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире 2006.
4. Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире 2008г.
5. Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в Европе 2009г.
6. Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в Европе 2012 (Резюме).
7. Комаров Ю.М. Здравоохранение США: уроки для России / Ю.М. Комаров // – М., - 2008.
8. Лехан В.Н. Новости медицины и фармации / В.Н. Лехан, С.Ф. Глузман // – 2011. – 22(350).
9. Международное здравоохранение / Том 2 (1) - 2011 / Издательство ООО "МедНаука".
10. Москаленко В.Ф. Концептуальные подходы к формированию современной профилактической стратегии в здравоохранении: от профилактики медицинской к профилактике социальной / В.Ф. Москаленко // – М.: ГЭОТАРМедиа, 2011. – 240 с.
11. Оганова Р.Г. Руководство по медицинской профилактике / Р.Г. Оганова, Р.А. Хальфина // – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 464 с.
12. Разработка новой европейской политики здравоохранения – Здоровье-2020 от 18 февраля 2011. – ЕРБ ВОЗ, 2011.

13. Стародубов В.И. Клиническое управление: теория и практика / В.И. Стародубов, Т.К. Луговкина // – М.: Медицина, 2003.-192 с.
14. Сырцовой Л.Е. Обеспечение программы подготовки магистров общественного здоровья: Учеб. пособие / Л.Е. Сырцовой // – М.: Медицина для всех, - 2007. – 388 с.
15. Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008.
16. Усовершенствованные системы здравоохранения спасают жизни. – ЕРБ ВОЗ, - 2005. 13.
17. Ходош Э.М. Газета «Новости медицины и фармации» / Э.М. Ходош // - 13 (464) - 2013.
18. Щавелева М.В. Медицинские новости / М.В. Щавелева, Э.А. Вальчук, Т.Н. Глинская // – 2009. – №13. – С. 29-31.
19. First Regional Follow-up Meeting on the Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth, Copenhagen, Denmark, 5–6 February - 2009. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009.
20. Kovats S. ed. Health effects of climate change in the United Kingdom 2008. An update of the Department of Health report - 2001/2002. London, Health Protection Agency, Department of Health, - 2008.

Реферати

ЯКУ СИСТЕМУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ОБЕРЕ УКРАЇНА?

Васкес Абанто Х.Э.

Потужна система Семашко безперечно давно стала неактуальною для країн колишнього Радянського Союзу за сучасних соціально-економічних умов. Безкоштовне медичне обслуговування всього населення «від мала до велика», гарантоване державою, дійсно працювало, хоча знаємо, що охорона здоров'я часто залишається недофінансованою. Часи змінилися і система охорони здоров'я Семашка, як і інші в світі, багато в чому стали неактуальними. Обговорювати і дискутувати на предмет якості, рівня та іншого складового тієї чи іншої системи не є сьогодні нашою метою. Мета даної статті - витягувати уроки існуючих раніше і сьогодні систем охорони здоров'я в світі, а також оцінити нинішні процеси реформування галузі, де провідне значення мають зусилля ВООЗ, тому в роботі висвітлені основні, на нашу думку, моменти діяльності цієї організації в даному напрямку.

Ключові слова: медицина, система охорони здоров'я, здоров'я населення, ВООЗ, реформування охорони здоров'я.

Стаття надійшла 30.09.2013р.

WHAT KIND OF HEALTH CARE SYSTEM WILL SELECT THE UKRAINE?

Vazkes Abanto H.

Powerful system of Semashko undoubtedly long since become irrelevant for the countries of the former Soviet Union in the present socio-economic conditions. Free medical care for the whole population, "young and old", guaranteed by the state, did work, even though we know that health care is often underfunded. Times have changed and the health care system Semashko, like others in the world, have largely become irrelevant. Discuss and debate on the subject of the quality and other components of a system is not our purpose today. The purpose of this article - to learn pre-existing health systems today and in the world, and to evaluate the current process of health care reform, where the leading role WHO's efforts have, therefore in the work highlights the key, in our view, highlights the organization's activities in this area.

Key words: medicine, health care, public health, WHO, health care reform.

УДК 616.78-002.78-07

А.А. Капустинська

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

РАННЯ ДІАГНОСТИКА ПОДАГРИЧНОГО АРТРИТУ НА ЕТАПІ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО- САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ

Лікарям загальної практики потрібно встановлювати діагноз подагричного артриту до розвитку значних порушень функцій суглобів, у початкових стадіях захворювання. Рання діагностика подагричного артриту повинна базуватися на наявності клінічних проявів з лабораторними підтвердженнями. Будь-яка хвороба, яка починається з запалення суглобів стопи, обов'язково потребує дослідження рівня сечової кислоти у сироватці крові. Саме тому, головним завданням лікарів первинної ланки є рання діагностика подагричного артриту з метою відстрокування ускладнень, збереження працездатності хворих та поліпшення якості їх життя.

Ключові слова: подагричний артрит, діагностика, сечова кислота.

Серед багатьох захворювань опорно-рухового апарату окреме місце посідає подагра. Відомо, що подагра, маючи хронічний перебіг, обмежує працездатність людини та впливає на якість життя.

Подагра – гетерогенне за походженням захворювання, яке характеризується відкладанням у різних тканинах кристалів уратів у формі моноурата натрію або сечової кислоти [2,7,9]. Подагра – клінічний синдром гіперурикемії, який називається захворюванням [13,14].

Подагра – запальний артрит, що виникає в результаті накопичення кристалів моноурату натрію в синовіальній рідині та інших тканинах організму, асоціюється з гіперурикемією (підвищенням сироваткового рівня сечової кислоти до 6,8 мг/дл, або 408 ммоль/л), а також обмеженим розчиненням сечової кислоти при фізіологічних рівнях температури та рН [3,11,18].

Подагричним артритом хворіють переважно чоловіки (до 95% випадків). Початок захворювання частіше припадає на вік від 40 до 50 років, але останнім часом усе частіше спостерігають випадки розвитку подагричного артриту в молодому віці (у 20-30 років). Подагричний артрит часто призводить до тимчасової і стійкої втрати працездатності, а також до обмеження професійної діяльності. Однак у перший рік захворювання правильно діагностується тільки у 10-15% хворих [13]. Поширеність подагри в Україні складає 5-28 випадків на 1000 чоловіків і 1-6 на 1000 жінок. Серед чоловіків 55-65 років частота подагри сягає 4,3-6,1%. Актуальність проблеми полягає в зростанні показників поширеності та захворюваності, більш частому розвитку подагри в молодому віці [2,8].

J. Wyngaarden та W. Kelley з повним обґрунтуванням розглядають подагру як «яскравий приклад медичного прогресу і єдності фундаментальних біологічних наук і клінічної медицини». Це повинно було б привести до значного поліпшення профілактичних заходів, діагностики і прогнозу лікування захворювання